

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Doktorandenvertrag

Vom Promotionsausschuss angenommen am: \_\_\_\_\_

Akademischer Grad:  Dr. med.  Dr. med. dent.  Dr. rer. medic.

Arbeitstitel: \_\_\_\_\_

Betreuer\*in: \_\_\_\_\_ (falls vorhanden)  
Zweitbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Kurze Begründung:

### Antragsteller\*in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Betreuer\*in**

(falls vorhanden)  
**Zweitbetreuer\*in**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift & Einrichtungsstempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift & Einrichtungsstempel

### Bestätigung des Promotionsausschusses

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum apl Prof. Dr. Andreas Wienke  
Vorsitzender des Promotionsausschusses